ITEM 273 : DYSPHAGIE

Fiche rédigée en priorisant les informations/rangs de la fiche LiSA > Collèges (HGE > ORL > MPR)

Dysphagie = sensation de gêne ou d'obstacle à la progression du bol alimentaire survenant au cours de la déglutition.

DD

- **Odynophagie** : douleur lors de la déglutition, **sans** sensation d'obstacle.
- **Anorexie** : perte d'appétit → Baisse des prises alimentaires.
- ***Globus Hystericus*** : manifestation d'angoisse avec sensation de compression cervicale (sensation de « gorge nouée » augmentée au stress, non corrélée à la prise d'aliments et en absence de masse authentiquement présente).
- **Satiété précoce** : descente normale du bol alimentaire, mais faim rapidement coupée (impression de blocage épigastrique survenant après plusieurs bouchées dégluties normalement).
- **Syndrome de rumination** : remontées alimentaires d'aliments descendus normalement dans l'estomac, provoquées par le patient (pas de blocage alimentaire).

CLASSIFICATION

Selon le siège de la dysphagie	- **Dysphagie cervico-pharyngée** = **trouble de la déglutition** : difficulté à initier la déglutition et à propulser le bol alimentaire dans l'œsophage, gêne/blocage localisé au niveau de la région cervicale → causes **ORL** ou **neurologique.** - **Dysphagie œsophagienne** : sensation de blocage ou gêne à la progression du bol alimentaire au niveau rétrosternale.
Selon le mécanisme de la dysphagie	- **Dysphagie lésionnelle** : lésion organique œsophagienne ou extrinsèque. - **Dysphagie fonctionnelle** : anomalies de la dynamique propulsive du bol alimentaire sans lésion identifiée. **→ Toute dysphagie est lésionnelle (cancer de l'œsophage) jusqu'à preuve du contraire.**

PHYSIOPATHOLOGIE

Déglutition = mécanisme de préhension des aliments, préparation puis propulsion de la bouche vers l'estomac, en assurant la protection des voies respiratoires.

- Particularité d'avoir un double contrôle : involontaire au niveau du TC, volontaire au niveau cortical *(MPR).*
- Troublée par : **causes tumorales pharyngées et œsophagiennes** (obstacles mécaniques) + **pathologies neurologiques** (altération de la commande, de l'innervation et de la transmission neuromusculaire).
- Temps :
  1. **Temps volontaire labio-buccal.**
  2. **Temps réflexe pharyngo-laryngé** : propulsion pharyngée, fermeture et occlusion laryngée, relaxation puis ouverture du sphincter supérieur de l'œsophage (SSO).
  3. **Temps réflexe œsophagien.**

→ Mise en jeu de la contraction et de l'inhibition de nombreux muscles, sous la coordination du système nerveux central.

Voies afférentes sensitives	Voies efférentes motrices
- Nerf **trijumeau** (branches terminales V2 et V3) → Cavité orale. - Nerf **glossopharyngien** (IX) → Oropharynx. - Nerf **vague** (X) → Partie supérieure du larynx (épiglotte) et du pharynx. - **Plexus pharyngien** (rameaux issus du IX, du X et de l'accessoire XI + sympathique cervical) → Paroi pharyngée postérieure et voile.	- Nerf **trijumeau** → Muscles masticateurs, péristaphylin externe (V3). - Nerf **facial** (VII) → Muscles péribuccaux. - Nerf **glossopharyngien** (IX) → Muscle stylopharyngien (voile). - Nerf **vague** (X) → Bouche œsophagienne. - Nerf **hypoglosse** (XII) → Muscles de la langue et sous-hyoïdiens. - Plexus **pharyngien** → Muscles constricteurs du pharynx et voile.

DG

Terrain et antécédents	- **Facteurs de risque de cancer ORL/œsophage** : • Alcool, tabac → Carcinome épidermoïde. • Surcharge pondérale, RGO → Adénocarcinome. - **Pathologie neurologique ou neuro-musculaire** : séquelle d'AVC, maladie de Parkinson. - **Maladie de système** (sclérodermie), **immunodépression** (œsophagite infectieuse). - **Facteurs de risque de sténose cicatricielle de l'œsophage** : ATCD d'ingestion caustique, de radiothérapie, de RGO (sténose peptique). - **Terrain atopique ou asthme** (sujet jeune) → Œsophagite à éosinophiles (50 % des patients). - **Traitements en cours** : bisphosphonates, cyclines.

<table>
<tr><td rowspan="5"></td><td rowspan="5">SF</td><td colspan="2">- Intensité (score d'Eckart) : de la simple gêne ou accrochage au passage des aliments à la dysphagie complète (aphagie).
- Variabilité : permanente, intermittente, capricieuse.
- Mode d'installation :
• Progressive débutant avec les aliments solides (alimentation mixée ou liquide) puis aphagie avec stase salivaire → Obstruction œsophagienne (cancer +++).
• Paradoxale prédominant sur les liquides → Trouble moteur œsophagien type achalasie.
• Survenue brutale (corps étranger +++).
• Présente depuis de nombreuses années et stable ou d'évolution très lente (pathologie chronique).
- Signes d'atteinte du temps volontaire buccal : difficulté de mobilité linguale, perturbation des praxies buccales, difficultés dentaires et de mastication, mastication prolongée, mouvements oro-faciaux anormaux, bavage, incontinence labiale, résidus alimentaires buccaux.
- Signes d'atteinte du temps pharyngolaryngé et œsophagien : blocage des aliments en région cervicale basse, déglutition répétée d'une même bouchée, voix gargouillante, humide (par stagnation de la salive dans l'hypopharynx), stagnation d'aliments dans l'hypopharynx.
- Signes d'atteinte des mécanismes de protection : fausses routes (alimentaires ou salivaires), toux à la déglutition, régurgitation nasale, pneumopathies à répétition sur fausses routes silencieuses, fièvre récurrente inexpliquée.
- Difficultés de déclenchement du temps réflexe de la déglutition.</td></tr>
<tr><td>Signes associés</td><td>- Dysphonie, dyspnée : paralysie laryngée, obstacle laryngo-trachéal.
- Odynophagie : œsophagite, œsophagite, tumeur.
- Troubles moteurs de l'œsophage : achalasie, spasmes diffus œsophagiens.
- Ruminations ou régurgitations, bruits hydro-aériques : diverticule de Zenker.
- Régurgitations, pyrosis : reflux gastropharyngé ou gastro-œsophagien.
- Otalgie réflexe : atteinte pharyngée ou du vestibule laryngé (cancer ++).
- Hoquet, hypersialorrhée, fausse route.
- AEG, méléna.</td></tr>
<tr><td>Signes d'adaptation alimentaires</td><td>- Modification de la texture des aliments rendues nécessaires par les troubles : normale, mastiquée longuement, texture modifiée (coupée en petits morceaux, mixée, molle, semi-liquide, liquide) → Reflet de la sévérité des troubles (les défauts de propulsion pharyngée et d'ouverture du SSO perturbent d'abord la déglutition des solides, mais valeur très relative).
- Allongement de la durée des repas.
- Répercussions psycho-sociales : dépression, isolement, évitement des repas entre amis, restaurant.</td></tr>
<tr><td>Facteurs aggravants +++</td><td>- Perte de poids de 10 % en 6 mois.
- BPCO.
- Grand âge.
- Médicaments diminuant la vigilance (neuroleptique, sédatifs, anxiolytiques).
- Pathologies associées : diabète, démence précoce, alcoolisme.</td></tr>
<tr><td>Complication</td><td>- Amaigrissement : perte de poids à chiffrer.
- Pneumopathies d'inhalation.
- Épisode asphyxique par fausse route.</td></tr>
<tr><td>SC</td><td colspan="2">- Examen à l'abaisse-langue de la cavité buccale et de l'oropharynx : état dentaire, stase salivaire (signe d'organicité), tuméfaction, sécheresse buccale.
- Examen pharyngolaryngé au miroir ou à la nasofibroscopie.
- Examen neurologique : trouble de la motricité générale, dyskinésie oro-labiale, paralysie unilatérale des paires crâniennes motrices (IX, X, XI, XII), ↘ sensibilité pharyngée, perturbation des réflexes normaux.
- Étude du réflexe nauséeux et vélopalatin.
- Palpation cervicale : ADP, tuméfaction thyroïdienne, masse cervicale.</td></tr>
<tr><td>À rechercher</td><td colspan="2">- Troubles de la motricité générale et de la posture.
- Dyskinésies orolabiales.
- Anomalies de la morphologie buccale (macroglossie).
- Troubles de la continence salivaire.
- Paralysies unilatérales des nerfs crâniens : retentissement variable en durée et en intensité.
- Diminution de l sensibilité pharyngée et perturbation des réflexes normaux de la déglutition.
- Atteintes de l'état dentaire et des possibilités de mastication.
- Existence d'une stase salivaire : bouche, parois du pharynx, sinus piriformes, vallécules → Très bon signe d'organicité et bon indicateur de la baisse de la propulsion pharyngée ou d'un trouble de la relaxation du SSO.
- Sécheresse salivaire.</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="6"></td><td>À étudier</td><td colspan="3">- Morphologie du pharynx et du larynx.
- Sensibilité pharyngolaryngée (palpation du voile avec écouvillon ou palpation de la margelle du larynx avec l'extrémité du nasofibroscope).
- Perturbations de l'ascension laryngée lors de la déglutition de salive : retard, incapacité, diminution d'amplitude.
- Atteinte du X : immobilité laryngée du côté atteint avec béance du sinus piriforme dans lequel s'accumule une stase salivaire, troubles de la sensibilité, signe du rideau (paroi pharyngée postérieure déplacée du côté sain qui se contracte lors de la phonation et de la déglutition à la façon d'un rideau).</td></tr>
<tr><td rowspan="5">PC</td><td rowspan="4">Référence</td><td>Exploration de la prise alimentaire</td><td>- Prise d'un repas devant un observateur médical/paramédical.
- Critères objectifs : durée du repas, quantité avalée, résidus, toux.
- Critères subjectifs : appétit, fatigabilité, problèmes de mastication.
- Possibles adaptations : épaississement des liquides, mixage des morceaux, fractionnement des repas, voire arrêt de l'alimentation orale (fausses routes).</td></tr>
<tr><td>Endoscopie œso-gastroduodénale (EOGD, anciennement FOGD) = 1re intention</td><td>- Caractère lésionnel de la dysphagie ?
- Réalisation systématique de biopsies œsophagiennes (même si absence de lésion visible : recherche œsophagite à éosinophiles).
- Recherche d'une sensation de ressaut au passage de l'endoscope au niveau de la jonction œsogastrique = trouble moteur œsophagien.
- Possible diagnostic d'anomalies morphologiques sans lésion muqueuse : hernie hiatale, diverticule.
- Peut être incomplète si sténose infranchissable/stase alimentaire.</td></tr>
<tr><td>Nasofibroscopie de la déglutition</td><td>- Peu invasif.
- Visualisation du carrefour lors de la déglutition d'aliments de consistance variable, mais pas de visualisation des trois temps.
- Diagnostic indirect des troubles (toux, stase salivaire, résidus alimentaires hypopharyngés, fausses routes secondaires).</td></tr>
<tr><td>Radio-cinéma de la déglutition (= vidéofluoroscopie) = gold standard</td><td>- Film de la déglutition au cours de l'ingestion de baryte de consistance variable.
- Indispensable pour visualiser les trois temps de la déglutition.
- Coopération du patient nécessaire, impossible en position allongée.
- Irradiant.
- Objective les fausses routes primaires (directes) et secondaires (après le temps pharyngolaryngé réflexe), les stases, les régurgitations et les blocages.</td></tr>
<tr><td>2e intention</td><td colspan="2">- Panendoscopie ORL aux tubes rigides sous AG :
• Examen du pharynx et de la bouche œsophagienne.
• Indispensable pour le bilan d'un carcinome des VADS.
- Manométrie œsophagienne :
• Recherche d'un trouble moteur œsophagien.
• Ambulatoire, indiquée si dysphagie non expliquée par l'EOGD et les biopsies.
• Sonde introduite par une narine chez un patient vigile, positionnée dans l'œsophage avec des capteurs le long de la sonde.
• Évaluation du péristaltisme œsophagien et de la relaxation du sphincter inférieur de l'œsophage.
• Si achalasie : défaut de relaxation du SIO + absence de péristaltisme œsophagien normal.
- Scanner cervico-thoraco-abdomino-pelvien et de la base du crâne avec opacification digestive haute et injection de produit de contraste IV :
• Recherche d'une compression extrinsèque de l'œsophage.
• À réaliser systématiquement devant une paralysie laryngée.
• Compression de l'œsophage par une lésion médiastinale (tumeur pulmonaire, adénopathie…) ?
• Volumineuse hernie hiatale par roulement ou diverticule œsophagien ?
- IRM du tronc cérébral à réaliser devant une dysphagie qui ne fait pas sa preuve étiologique (recherche d'une atteinte du tronc cérébral).
- Écho-endoscopie haute (+/- ponction) pour rechercher une lésion sous-muqueuse œsophagienne.
- Transit œsogastroduodénal (TOGD) presque plus pratiqué (moins précis que le scanner), si signe évocateur de diverticule de Zenker ou pour préciser l'étendue/degré d'une sténose.</td></tr>
<tr><td>PRONOSTIC</td><td colspan="3">- Signes de gravité : infections pulmonaires, perte de poids, dénutrition, déshydratation.
- Gravité des dysphagies pharyngolaryngées selon l'impact sur le pronostic vital (fausses routes conduisant à des pneumopathies d'inhalation) et sur la qualité de vie.
- Dysphagies cancéreuses ou empêchant une alimentation normale = dénutrition engageant le pronostic vital.</td></tr>
</table>

DYSPHAGIE AIGUË < 3 SEMAINES

ÉTIOLOGIES DE DYSPHAGIE AIGUË	**Infection**	- **Angine** et **phlegmon péri-amygdalien** : dysphagie douloureuse, fébrile ± trismus, hypersialorrhée. - **Phlegmon péri-** et **rétro-pharyngé** : dysphagie et hypersialorrhée fébrile → TDM (traitement chirurgical).
	Corps étrangers	- **Corps étranger oropharyngé** (alimentaire ++ : arête, os…) : fiché dans l'amygdale ou dans la base de langue, souvent visible à l'abaisse-langue ou au miroir (extraction difficile car réflexe nauséeux et hypersialorrhée). - **Corps étranger hypopharyngé** : risque de perforation pharyngée avec emphysème ou abcès cervical → Scanner nécessaire. - **Corps étranger œsophagien** (alimentaire, jouets, pièce de monnaie…) : dysphagie douloureuse. • Extraction en urgence si suspicion ingestion pile(s) car risque caustique. • Risque de perforation, fistule œsotrachéale, sténose secondaire. • Radiographie cervicale de profil : signe de Minnigerode (= image claire prévertébrale), emphysème médiastinal (= ligne bordante de la silhouette cardiaque). • Scanner cervico-médiastinal en cas de suspicion de médiastinite. • Test à la gastrographine lors d'un TOGD à la recherche d'une fistule. • Traitement : extraction endoscopique au tube rigide sous AG + vérification de l'état de la muqueuse (plaie, perforation). • En cas de médiastinite : abord cervical gauche pour lavage, drainage et extraction (+ abord thoracique si extension basse).
	Brûlure caustique	= **Ingestion accidentelle** (chez l'enfant : brûlures surtout proximales) ou **volontaire** (TS chez l'adulte : brûlures proximales et distales) d'un **produit caustique acide ou basique.** - Produits ingérés : **acide chlorhydrique**, **détartrant**, **soude caustique**, **potasse, ammoniaque**, **hypochlorite de soude** (eau de Javel), **permanganate de potassium, peroxyde d'eau oxygénée.** - Symptomatologie : de la simple **brûlure buccale ou oropharyngée** à la **douleur cervicale et thoracique intense** avec **dysphagie majeure** et **hypersialorrhée.** - **Endoscopie au tube rigide sous AG** selon l'étendue des lésions buccales et oropharyngées.
	Autre	Si aucun des contextes ci-dessus : évoquer une **cause neurologique** devant toute dysphagie haute brutale.

DYSPHAGIE PROGRESSIVE/CHRONIQUE

ÉTIOLOGIES DE DYSPHAGIE LESIONNELLE

Prédomine sur les solides, avec AEG, d'aggravation progressive : diagnostic à l'EOGD (sténose, tumeur…)

Avec sténose	**Tumorale (1re étiologie à éliminer +++)**	**Intrinsèques**	- **Cancer du pharynx, du larynx, du tiers supérieur de l'œsophage :** • À rechercher par examen ORL complet avec nasofibroscopie, EOGD et biopsies. • Carcinome épidermoïde, adénocarcinome, sarcome, carcinome, neuroendocrine. • **Bilan d'extension** : panendoscopie sous AG, écho-endoscopie, scanner cervico-thoraco-abdominal. - Tumeurs bénignes de l'œsophage (rares) : fibromes, léiomyomes.
		Extrinsèques	- Adénopathies médiastinales. - Cancer pulmonaire à petites cellules. - Tumeur médiastinale. - Volumineux goitre thyroïdien compressif. - Anévrisme de l'aorte thoracique. - Anomalies vertébrales.
	Non tumorale	**Sténose peptique +++**	- Secondaire au RGO. - Dysphagie + amaigrissement. - Risque **d'endobrachyœsophage** (EBO) puis de **cancérisation** : métaplasie du bas œsophage (remplacement progressif du tissu œsophagien normal malpighien par un tissu anormal de type muqueuse glandulaire intestinale).
		Sténose caustique	- Plusieurs semaines après ingestion d'acide/base forte. - EOGD en aiguë évaluation de l'étendue/profondeur des lésions. - Évolution sténogène : dysphagie progressive et sévère. - Plus fréquentes après radiochimiothérapie.
		Anneau de Schatzki	- Diaphragme au-dessus du cardia secondaire à un RGO. - Dysphagie **intermittente**, surtout pour les solides. - Reconnu à l'endoscopie et sur le TOGD.
		Syndrome de Plummer-Vinson	- Syndrome de Plummer-Vinson (= Kelly-Patterson) : rare. Dysphagie haute par atteinte du SSO due à une **carence martiale.** Risque élevé de carcinome de la bouche œsophagienne.

ÉTIOLOGIES DE DYSPHAGIE FONCTIONNELLE			**Autres**	- Sténose post-radique. - Sténose post-endoscopique. - Sténose post-opératoire (anastomotique). - Œsophagite à **éosinophiles.** - Sténose inflammatoire : maladie de Crohn.
	Sans sténose	**Œsophagite sévère**		- Peptique. - **À éosinophiles** : prédominant chez l'homme, associée à des manifestations atopiques (50 % des cas). EOGD normale ou granité blanchâtre, fissures linéaires verticales, sténoses (voire aspect pseudotrachéal), infiltration à PNE à l'histologie. - Caustique. - Post-radique. - Médicamenteuse : doxycycline, chlorure de potassium, aspirine, biphosphonates. - Infectieuse : chez l'immunodéprimé via Candida, CMV ou HSV.
		Diverticules œsophagiens		- Cervical : **diverticule de Zencker** : **hernie** à travers une faiblesse de la paroi pharyngée postérieure au-dessus du SSO, vers le médiastin rétro-œsophagien : • **Dysphagie + régurgitations d'aliments non digérés + toux nocturne de décubitus**, possible découverte sur pneumopathie d'inhalation et AEG. • Nasofibroscopie : **signe de la « marée » pathognomonique** = bouchée déglutie disparaissant dans l'hypopharynx puis réapparaissant (= rumination). • Confirmation par le radio-cinéma de la déglutition. • Traitement chirurgical : chirurgie ouverte avec myotomie extramuqueuse ou chirurgie endoscopique avec myotomie transmuqueuse. - Du tiers inférieur : **diverticule épiphrénique** (souvent associé aux troubles moteurs œsophagiens).
	= Liquides & solides (parfois paradoxale), fluctuante dans le temps, retentissement sur l'état général non-systématique.			
	Troubles moteurs primaires	**Hypertonie du muscle crico-pharyngien**		= Achalasie du sphincter supérieur de l'œsophage. - Blocage **cervical bas** situé chez un sujet âgé + examen neurologique et fibroscopique normal. - Sujet > 80 ans, conséquence d'une **fibrose** de la musculature striée du SSO. - Diagnostic affirmé par radio-cinéma. - Traitement efficace chirurgical : **myotomie** extramuqueuse du SSO.
		Achalasie : absence de relaxation du SIO		- **Mégacœsophage**, affection nerveuse dégénérative d'étiologie inconnue. - Dysphagie indolore puis douloureuse + régurgitations fréquentes, intermittente, nocturnes, avec régurgitations/douleurs rétrosternales, +/- amaigrissement. - EOGD : ressaut au passage du cardia, élimine le cancer du bas œsophage. - Manométrie œsophagienne : **hypertonie du SIO avec défaut de relaxation et absence de péristaltisme.** - TOGD : sténose remontée d'une dilatation d'amont (aspect en bec d'oiseau).
		Autre		- Œsophage hyper contractile. - Spasmes diffus de l'œsophage : **péristaltisme normal alternant avec des contractions** (min 20 % de contractions œsophagiennes prématurées). - **Péristaltisme inefficace/absent.**
	Troubles moteurs secondaires	**Pathologies neurologiques ou neuro-musculaires**	**Maladies neurologiques dégénératives +++**	- Parkinson, Alzheimer, démence sénile, myopathie, séquelles d'AVC avec atteinte des nerfs crâniens. - Répercussions majeures sur l'état général (cercle vicieux). - Dépistage et prise en charge précoce capitaux.
			Sclérose latérale amyotrophique	- Maladie dégénérative de la corne antérieure. - Atteinte motrice pure (pas d'atteinte de la sensibilité), inaugurée possiblement par l'atteinte pharyngée et linguale. - Fasciculations + atrophie linguale, dysarthrie. - Évolution rapidement défavorable par atteinte des muscles respiratoires et des membres.
			Myasthénie	- Dysphagie souvent révélatrice (ou dysphonie ou atteinte oculaire), aggravée par la fatigue. - Diagnostic : bloc neuromusculaire sur l'EMG + anticorps anticholestérasiques + test thérapeutique.
			Paralysie des nerfs crâniens (surtout le vague)	- Immobilité laryngée unilatérale + stase salivaire dans le sinus piriforme + signe du rideau (côté sain) + trouble de la sensibilité. - Exploration du trajet du X : scanner et IRM. - Causée par une tumeur (neurinome, tumeur vasculaire, métastase) ou neuropathie périphérique (neuro-sarcoïdose très grave, diabète) ou un traumatisme (chir carotidienne).

			Myopathies (oculopharyngées, mitochondriales, de Steinert)	- Atteinte de la musculature striée du pharynx et de l'œsophage (tiers supérieur). - Dysphagie progressivement croissante avec contexte familial, fréquentes atteintes oculaires (ptosis) très évocatrices de la dystrophie musculaire oculopharyngée, sans atteinte sensitive.
			Syndrome pseudo-bulbaire vasculaire	- Atteinte progressive dans un contexte d'HTA avec abolition du réflexe nauséeux, dissociation automatico-volontaire du déclenchement de la déglutition (déglutition réflexe plus facile que la déglutition volontaire), troubles sensitifs.
			Tumeurs du 4e ventricule	- Révélées par des troubles de la déglutition. - À rechercher de principe par une IRM du tronc cérébral devant une dysphagie qui ne pas sa preuve.
		Sclérodermie	- Parfois compliquée d'œsophagite peptique parfois sténosante. - Manométrie : diminution de l'amplitude des contractions péristaltiques des 2/3 inférieurs de l'œsophage + hypotonie du SIO.	
		Autres	- **Dermatomyosite** : atteinte de la musculature striée pharyngée et du tiers supérieur de l'œsophage + atteinte du corps de l'œsophage. - **Lupus.** - **Syndrome de Gougerot-Sjögren.** - **Paranéoplasique.**	